

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N^o 743

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges MERCADIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 25 Septembre 1908, à Ayrens (Cantal)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL CHEZ LES GENS AGÉS L'ULCÈRE JEUNE CHEZ LES VIEUX

(Travail du Service de M. le Docteur F. RAMOND)

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges MERCADIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 25 Septembre 1908, à Ayrens (Cantal)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL CHEZ LES GENS AGÉS L'ULCÈRE JEUNE CHEZ LES VIEUX

(Travail du Service de M. le Docteur F. RAMOND)

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉGOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ÀLGLOVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU.....	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY-RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

Professeur de Clinique Médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse. En
témoignage de notre très respec-
tueux reconnaissance.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de ma grande
reconnaissance et de ma très pro-
fonde affection.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA FEMME

*En témoignage de ma très
tendre affection.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

*Que nous remercions vivement
des documents recueillis dans le
service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHENE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin assistant à l'hôpital Saint-Antoine

*Qui nous a inspiré ce travail
et nous a aidé de ses précieux
conseils. Qu'il veuille trouver ici
le témoignage de notre profonde
reconnaissance et de notre res-
pectueuse amitié.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE DOCTEUR F. RAMOND.

M. LE PROFESSEUR LENORMANT.

M. LE PROFESSEUR N. FIESSINGER.

M. LE DOCTEUR LESNÉ.

Externat

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOURE.

M. LE DOCTEUR GOUVERNEUR.

M. LE DOCTEUR LEMELAND.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BOULIN.

M. LE DOCTEUR ESCALIER.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉNÉGAUX.

INTRODUCTION.

L'ulcère gastro-duodénal peut se présenter chez les gens âgés de deux façons bien différentes.

Dans le premier cas, il s'agit d'un ulcère ancien prolongeant son évolution cyclique dans la vieillesse. C'est, en d'autres termes, *un ulcère vieux chez les vieux*. Il ne soulève pas d'autre problème que celui de sa transformation néoplasique.

Le facteur âge ne paraît pas entrer en ligne de compte. Par contre, la notion de siège est, à notre sens, essentielle.

Il n'y a jamais de transformation néoplasique dans l'ulcus duodénal. La transformation néoplasique est toujours possible dans le cas d'ulcus gastrique et en particulier dans le cas d'ulcus de la petite courbure.

Ce problème de la transformation cancéreuse n'est pas spécial aux sujets d'un âge avancé et récemment, avec M. le Dr CHÊNE nous avons eu l'occasion d'observer un cas authentique de transformation néoplasique d'un ulcère de la petite courbure remontant à 1918 chez un sujet âgé de 42 ans.

OBSERVATION I. — M. Mas..., âgé de 42 ans, souffre de l'estomac par périodes depuis 1918, au retour d'une période de captivité agitée (quatre tentatives d'évasion, camp de représailles).

Les périodes douloureuses sont régulières, durent quinze à vingt jours et apparaissent en moyenne trois fois par an.

Depuis deux ans, les périodes douloureuses se sont rapprochées et les douleurs ont augmenté d'intensité. Elles deviennent continuelles maintenant. Ces douleurs, à type de crampes, surviennent constamment à dix heures et à seize heures. Il n'y a pas de douleurs nocturnes. Elles sont calmées par les aliments et ne sont jamais irradiées.

Il n'y a aucune autre maladie dans les antécédents. Des radiographies antérieures montrent une niche de la petite courbure de l'estomac. A l'examen de ces radiographies, le Dr CHÊNE redoute la transformation néoplasique de la niche en raison de l'irrégularité du bord supérieur de celle-ci.

Le malade est opéré le 31 août 1935, par le Dr JUBÉ qui pratique une gastrectomie partielle. La lésion est souple. Le petit épiploon n'est pas infiltré et il n'existe aucun ganglion.

L'examen histologique pratiqué par les Drs DELARUE et TERRIAL montre un ulcère calleux classique sauf aspect de dégénérescence épithéliale certaine du fond du cratère et du bord supérieur de l'ulcère.

Le malade se porte bien jusqu'au début de mars 1936. Il revient alors consulter parce que depuis trois ou quatre semaines, il éprouve à nouveau une impression de meurtrissure épigastrique et de réplétion rapide de l'estomac.

L'appétit a nettement faibli depuis quelque temps. Il n'y a pas d'amaigrissement.

L'examen clinique ne montre rien en dehors d'une bronchite légère.

La radiographie montre une encoche permanente et irrég-

gulaire mais peu étendue sur la grande courbure de ce qui reste de la partie horizontale du moignon.

L'examen du chimisme gastrique montre de l'anachlorhydrie à jeun et après repas d'épreuve.

Le malade hésite à se faire réopérer et meurt le 25 mars 1936, d'hématémèse foudroyante.

Dans le second cas, il s'agit au contraire *d'un ulcère jeune chez les vieux*. C'est cette deuxième forme que nous étudierons au cours de ce travail.

A ce propos, les notions classiques de PARMENTIER (thèse de PATHAULT), de MATHIEU et l'article important de RISPAL nous semblent manquer de précision sous plusieurs rapports.

Au point de vue clinique, les observations rapportées par ces auteurs sont discutables quant à la date de début de l'ulcère.

Celle-ci est en effet mal précisée en raison de la compréhension différente qu'avaient ces auteurs de la maladie ulcéreuse.

Au point de vue anatomo-pathologique et en ce qui concerne l'évolution éloignée des malades, la plupart des observations sont insuffisantes.

Cliniquement, dans l'esprit de ces auteurs, l'ulcère gastro-duodéal avait une période de début de troubles dyspeptiques, une période d'état, une terminaison, des récidives.

GUTMANN nous propose une conception toute différente. Reprenant les notions classiques de BUCQUOY sur l'ulcus duodéal, il considère l'ulcère comme une

maladie « à poussées évolutives », entre lesquelles le malade n'est guéri que cliniquement.

Ces poussées évolutives correspondent à des périodes douloureuses à début et à terminaison brusques. Pendant ces périodes d'une durée variant de dix jours à un mois et demi environ et indépendantes quant à leur début et à leur terminaison du régime et du traitement suivis, le malade souffre tous les jours.

Ces périodes douloureuses sont entre-coupées de périodes de sédation intercalaires, plus ou moins longues, parfois très longues, pendant lesquelles le malade ne souffre pas et se croit guéri. Ces accalmies, quand elles succèdent à une deuxième, troisième ou n^{ième} période douloureuse, ont autant de valeur diagnostique que la période douloureuse elle-même.

Au point de vue séméiologique cette conception est exacte et est admise actuellement.

Si l'on s'en tient à ce concept, l'ulcère du vieillard sera celui où la première période douloureuse surviendra après 55 ans.

La première partie du problème peut donc se résumer dans cette question. *N'y a-t-il pas eu antérieurement d'autres périodes douloureuses ?*

Les auteurs classiques ne semblent pas avoir assez insisté sur ce point puisqu'ils admettent une phase prémonitoire dyspeptique. Mais ces signes de dyspepsie douloureuse sont communs à un grand nombre d'affections et il est impossible de dire dans un grand nombre de cas à quelle date l'ulcère a commencé. Si cette période dyspeptique est longue on peut prendre

de vieux ulcus pour des ulcus récents mais aussi des ulcères jeunes pour de vieux ulcères.

La réponse à cette première question est facile lorsqu'on a affaire à un sujet intelligent qui a eu des périodes douloureuses assez longues pour être retenues. La date de début est alors facilement précisée.

La réponse est au contraire difficile si les périodes douloureuses sont courtes et ne durent que quatre, trois ou même un seul jour avec une accalmie complète plus ou moins longue entre temps, ainsi que le signale BRONSTEIN dans sa thèse (thèse de Paris, 1934). Le malade peut alors avoir oublié des épisodes douloureux de courte durée mais très importants pour fixer la date de début de l'ulcère.

Dans des cas semblables, un interrogatoire très serré est nécessaire pour amener le malade à se rappeler ces courtes périodes douloureuses antérieures.

Lorsqu'on a répondu à cette première question et qu'à l'aide des données cliniques actuelles, on a conclu à un ulcère récent chez un sujet âgé, la deuxième partie du problème reste à résoudre. Elle peut se résumer dans une deuxième question.

Cet ulcère gastrique apparu aux environs de 55 ans est-il vraiment un ulcère simple ?

N'est-il pas déjà en voie de transformation néoplasique ? Ou bien n'est-ce pas un cancer primitif évoluant sous le masque trompeur de l'ulcère ? C'est, on le voit, toute la question de l'ulcéro-cancer gastrique qui est soulevée.

D'après HAYEM et son école l'ulcère, est très sou-

vent une maladie pré-cancéreuse et un ulcéreux authentique pendant un temps plus ou moins long peut voir sa lésion se transformer.

A cette doctrine s'oppose la conception lyonnaise de TRIPIER et de ses élèves. Selon ces auteurs, il ne s'agit pas d'une transformation d'un ulcère, mais d'une lésion cancéreuse d'emblée à symptomatologie ulcéreuse et difficile à reconnaître même à l'examen direct.

On peut dire, avec GUTMANN, que ces deux formes existent.

La transformation de l'ulcère en cancer, quoique rare, se produit approximativement dans 2 à 4 % des cas. Le plus souvent, il s'agit d'un cancer d'emblée. Pour bien différencier ces deux formes, GUTMANN a proposé les dénominations suivantes : ulcère cancérisé et cancer ulcériforme.

Nous mettons tout de suite hors de cause l'ulcère duodénal. En effet, en présence de celui-ci, on peut pratiquement dire qu'il n'est pas et qu'il ne deviendra jamais cancéreux. Par contre, en présence d'un ulcère gastrique, le doute subsistera toujours.

En ce qui concerne l'ulcère cancérisé, GUTMANN a bien montré les signes qui peuvent faire redouter la transformation de l'ulcère.

Ce sont cliniquement :

L'apparition d'une période douloureuse nouvelle et anormale, à début moins franc et qui ne se termine pas ;

L'intensité moindre de ces douleurs, leur rythme

moins nettement post-prandial, leur exagération par l'alimentation ;

La diminution de l'appétit, l'amaigrissement et la persistance des hémorragies occultes même en dehors des périodes douloureuses.

Radiologiquement, la niche ne disparaît pas malgré le traitement et le régime. Elle semble, au contraire, augmenter de volume à chaque nouvelle poussée et est souvent irrégulière dès le début.

Mais aucun de ces signes cliniques ou radiologiques n'est pathognomonique et quelquefois, chez un malade opéré pour un syndrome d'ulcus typique, on trouve à l'examen histologique la transformation épithéliale déjà faite, comme nous l'avons vu dans l'observation citée plus haut.

D'après l'école lyonnaise, l'histoire clinique du cancer ulcérimforme ne serait guère différente de celle de l'ulcère. Il s'agirait d'un néoplasme ulcéré à marche lente présentant des rémissions analogues à celles de l'ulcère.

Pour GUTMANN, au contraire, le malade atteint de cancer ulcérimforme a pu être plus ou moins amélioré par le traitement et le régime, mais il n'éprouve jamais ces brusques et durables « pseudo-guérisons » qui sont la caractéristique essentielle de l'ulcère vrai.

D'autre part, l'examen radiologique montre une niche de dimension disproportionnée à l'âge de l'ulcère et irrégulière. Cette niche rétracte peu la petite courbure, ne bilocule pas la grande et ne disparaît pas après le traitement ni même après gastro-entéros-

tomie. VANIER dans sa thèse (thèse de Paris 1932) a bien montré que la plupart des cancers de l'estomac apparus chez des malades opérés d'ulcères gastriques par gastro-entérostomie ou résection limitée étaient en réalité des cancers primitifs à forme ulcéreuse.

Sur les 30 observations rapportées par cet auteur, dans 22 cas il s'agissait de cancer ulcérimforme et dans les 8 autres cas l'hypothèse d'ulcéro-cancer était possible.

Les signes cliniques et radiologiques permettent donc de soupçonner le cancer ulcérimforme mais ils ne sont pas une preuve absolue de cancer.

Seul *l'examen histologique* de la pièce opératoire peut nous renseigner d'une façon certaine sur la nature exacte de la lésion.

Accessoirement, une longue évolution consécutive au traitement médical ou chirurgical, de deux à trois ans par exemple, pourrait rétrospectivement permettre d'éliminer le diagnostic de cancer ulcérimforme ou d'ulcère cancérisé. Encore GUTMANN a-t-il signalé des cas très rares, mais authentiques, où une gastro-entérostomie pratiquée par erreur sur des cancers ulcérimformes a entraîné une pseudo-guérison clinique d'un an dans un cas et de près de deux ans dans l'autre cas.

A ce double point de vue du contrôle histologique et de l'évolution lointaine, la plupart des observations des auteurs classiques, PATHAULT, MATHIEU et RISPAL, sont très insuffisantes, comme nous le montrerons à l'étude des observations.

Il nous a paru utile, en ne retenant que les ulcères contrôlés histologiquement ou par une longue évolution, de voir si les données statistiques classiquement admises pouvaient être retenues.

Par la même occasion, en étudiant aussi minutieusement que possible la clinique de ces faits, nous nous sommes attachés à voir si l'ulcère jeune du vieux présentait, comme le prétendent les auteurs classiques, une allure différente de celle de la forme de l'adulte.

OBSERVATIONS

Dans sa thèse très importante (Contribution à l'étude de l'ulcère de CRUVEILHIER. son évolution chez les gens âgés, thèse de Paris 1907), PATHAULT rapporte 90 observations d'ulcères chez les vieillards.

24 sont des ulcères vieux chez des vieux.

21 sont des ulcères latents qui ne nous intéressent pas puisque la date de début n'est pas connue.

28 sont des ulcères jeunes chez des vieux. Ces malades étant décédés, l'autopsie pratiquée dans la plupart des cas a montré macroscopiquement des ulcères. Mais l'examen histologique n'a pas été fait et pour cette raison nous ne pouvons pas les retenir.

Il y a un cas d'ulcère cancérisé, contrôlé celui-ci, par l'examen histologique.

11 malades ont semblé guéris au bout d'un à trois mois par le traitement médical ou par gastro-entérostomie mais ils ont été ensuite perdus de vue. Afin de ne présenter que des observations sûres nous ne les retiendrons pas non plus.

Les deux cas suivants d'ulcus récents chez les vieux que nous empruntons à la thèse de PATHAULT, sont authentiques, étant contrôlés par l'examen histologique.

OBSERVATION II. — F..., 69 ans. Début il y a un an par des vomissements bilieux très abondants, le plus souvent à jeun. Plus tard, ces vomissements sont devenus alimentaires, survenant deux à trois heures après les repas, et précédés de douleurs très vives. Ni hématomèse, ni méléna.

L'appétit a diminué progressivement et le malade maigrit depuis six mois.

Ce qui frappe le plus actuellement c'est la pâleur extrême et l'amaigrissement très prononcé.

Il n'y a pas de tumeur épigastrique et le malade ne souffre pas actuellement. L'état général s'aggrave et le malade meurt cachectique un mois après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouve une bande de périgastrite divisant l'estomac en deux poches superposées. A la face antérieure, cette large plaque de périgastrite adhère à l'estomac et au foie sauf en un point où l'on aperçoit une perforation du diamètre du petit doigt à bords calleux.

L'examen histologique montre un *ulcère simple*.

OBSERVATION III. — R... Zoé, blanchisseuse, 60 ans, entre à l'hôpital le 20 février 1893 pour y être traitée pour des troubles gastriques qu'on suppose être dus à une néoformation stomacale.

Depuis cinq mois, la malade a une impression de tension au niveau de l'épigastre. Les digestions sont pénibles, l'appétit est un peu conservé. Il n'y a pas de vomissements, mais, depuis quelque temps, la malade maigrit et s'affaiblit.

Elle aurait eu des mélénas.

Elle est bossue et rachitique.

L'état général est médiocre. Très amaigrie et faible, son poids est de 40 kilogs. Les urines sont rares, 850 gr. par 24 heures.

A la palpation, on perçoit au-dessous du rebord costal gauche, un peu à gauche de l'épigastre une tumeur dure, arrondie, étalée, du volume d'un gros œuf, et qui semble

légèrement mobile. L'exploration de cette tumeur ne détermine que peu de douleur.

L'estomac n'est pas dilaté et est peu douloureux à la palpation.

On posa le diagnostic de néoplasme gastrique, siégeant sur la face antérieure de la petite courbure de l'estomac, d'où absence de vomissements et conservation relative de l'appétit.

Opération par M. HARTMANN, le 11-3-93. Décollement d'adhérences, excision d'une partie de la tumeur pour l'examen histologique. On trouve des ganglions le long de la petite courbure.

L'examen histologique pratiqué par le Dr MORAX montre un *ulcère simple*. La malade sort le 48^e jour. Elle souffre encore pendant six mois. Ses douleurs épigastriques apparaissent vers 11 heures du matin et vers 10 heures du soir, en même temps que se produisent des vomissements aqueux.

L'appétit est toujours diminué avec dégoût pour les viandes et le vin. Peu à peu, ces troubles disparaissent ainsi que la douleur épigastrique et la malade guérit.

Les trois observations suivantes empruntées encore à la thèse de PATHAULT peuvent être retenues en raison de la longue évolution ultérieure consécutive au traitement médical, trois ans dans le premier cas, deux ans dans le second, et neuf ans dans le troisième, les malades vivant toujours et se portant bien au bout de ce temps-là.

OBSERVATION IV. — M..., 55 ans, n'a jamais été malade, lorsqu'elle est prise en mai 1857 de fortes douleurs épigastriques.

Le 8 mai, hématomèse abondante, le surlendemain, nouvelle hématomèse et méléna abondants. En raison de l'âge de la malade et de l'amaigrissement qui avait précédé ces troubles, on craignait un cancer.

La malade est mise au régime lacté qu'elle supporte bien.

Il se produit une troisième hématomèse moins abondante le 1^{er} juin.

En septembre, cinq mois après la première hématomèse la malade partit pour Dunkerque. La convalescence fut régulière et on permit la viande en décembre.

Depuis trois ans, la malade se porte bien et a notablement engraisé.

OBSERVATION V. — P..., 83 ans, vigneron. Rhumatisant chronique, aurait eu cinq pleurésies dans l'enfance. Souffre de l'estomac depuis vingt ans.

Ce sont des douleurs épigastriques vives, post-prandiales, exagérées par l'ingestion d'aliments, sans irradiation.

Ces douleurs sont terminées par des vomissements alimentaires très acides, survenant deux à trois heures après les repas.

Ces vomissements sont de plus en plus fréquents depuis quelques années, les douleurs sont beaucoup plus intenses depuis trois ans.

Le malade n'a pas suivi de régime.

L'appétit est conservé. Il n'y a pas d'amaigrissement, mais il existe de la constipation.

Au mois de décembre dernier, une crise douloureuse, plus intense nécessite pour la première fois les soins d'un médecin. Régime lacté pendant six mois. Les douleurs se sont un peu calmées, les vomissements ont persisté.

Vers mi-juin, une abondante hématomèse de sang noir se produit et réapparaît deux jours après.

Pas de méléna.

Ces phénomènes n'ont pas réapparu depuis, mais il y

a toujours des vomissements abondants survenant tous les deux ou trois jours.

L'état général est bon, le malade continue à circuler, l'appétit est conservé.

Le malade demande qu'on ne le maintienne plus au régime lacté.

Il n'y a pas de tumeur à la palpation de la région épigastrique.

On est en droit de penser qu'il s'agit d'un ulcère ancien, ainsi qu'en témoignent les deux hématémèses importantes, avec sténose pylorique caractérisée par des vomissements.

La conservation de l'état général et de l'appétit semblent éliminer le cancer d'autant plus que deux ans après, le malade vit toujours, a un excellent état général et continue à s'occuper.

OBSERVATION VI. — V..., âgé de 65 ans, de constitution robuste fut atteint, en janvier 1885 de troubles gastro-intestinaux graves. Au début, ce furent de violentes crampes d'estomac avec hoquet très pénible et des éructations douloureuses suivies d'efforts de vomissements. Les vomissements renfermaient des mucosités noirâtres sanguinolentes, parfois ils étaient accompagnés de *melœna*. Il y avait de l'inappétence.

Bientôt apparut une tuméfaction épigastrique douloureuse. Des douleurs continues succédèrent aux crampes et le malade ne supportait que le lait glacé.

Le teint était subictérique, l'émaciation considérable.

Les troubles de la digestion parurent intimement liés à l'apparition de cette induration limitée au voisinage du pylore qui devient de plus en plus appréciable au palper.

A cette période, TERRIER vit le malade et les antécédents de celui-ci, l'existence d'une tumeur dure siégeant à l'épigastre et ayant le volume d'une petite pomme, les vomissements noirâtres, l'émaciation extrême du sujet qui avait

des tendances syncopales lui firent diagnostiquer une malformation épithéliale du pylore avec pronostic très grave et issue fatale à brève échéance.

Comme le malade ne pouvait plus rien digérer, même le lait de chèvre, on lui conseilla d'utiliser le lait d'ânesse. Quelques jours après cet essai, le lait parut mieux supporté et peu à peu, il se produisit une amélioration très nette de l'état général et local, si bien que trois mois après le malade entraînait en pleine convalescence. Celle-ci fut lente. Il se produisit des rechutes nécessitant l'emploi modéré de la morphine et, un an après, on trouvait encore l'induration qui s'effaçait peu à peu.

Pendant longtemps, le lait d'ânesse fut le seul supporté, puis on en vint aux potages au lait de vache, aux œufs et à la pulpe de viande. Ce n'est guère que depuis trois ans que le malade a repris son régime ordinaire. L'état général est redevenu excellent si bien que malgré ses 74 ans, M. V... a pu résister à une bronchite pœumonique d'origine grippale.

Dans l'article qu'il a publié dans le *Toulouse Médical* du 10 août 1913 sous le titre « l'ulcère de l'estomac tardif », RISPAL rapporte quatre cas d'ulcères de l'estomac d'apparition récente chez des sujets âgés.

L'authenticité de ces ulcères est discutable. En effet les deux premiers malades ont quitté l'hôpital au bout d'un mois après avoir été très améliorés par le traitement médical mais ils n'ont pas été revus ensuite.

Les deux autres malades sont morts et à l'autopsie l'examen macroscopique a montré deux ulcères de l'estomac mais l'examen histologique n'a pas été pra-

tiqué. Nous ne pourrions donc pas retenir ces quatre observations.

Dans un article publié en mars 1914 dans la *Gazette des Hôpitaux* sous le titre « l'ulcus chez les gens âgés », MATHIEU considère l'ulcus jeune chez les vieux comme fréquent et, à l'appui de cette opinion, il apporte trois observations.

Nous ne retiendrons que la première en raison de la longue période de quatre ans écoulée depuis l'application du traitement médical qui a considérablement amélioré la malade.

OBSERVATION VII. — C'est une malade âgée de 62 ans, couturière, qui vient consulter en janvier 1909. Elle n'a pas eu de troubles digestifs antérieurs, mais, depuis huit ans, à la suite de revers de fortune, elle a dû travailler pour vivre, a eu de la misère et s'est alimentée d'une façon très défectueuse. Il y a six mois, elle a éprouvé pour la première fois des douleurs survenant deux heures après les repas avec sensation de crampe de l'hypochondre gauche. Il n'y a jamais eu de vomissements, ni d'hématémèses. A plusieurs reprises, elle a eu des selles melœniques, accompagnées de lipothymies. Elle a bon appétit, digère bien, mais elle a réduit son alimentation de peur de la douleur, d'où gros amaigrissement, cette douleur est calmée, mais pas tout à fait, par l'ingestion d'aliments. A la palpation, on provoque une sensibilité vive de la partie supérieure gauche de la région épigastrique. A aucun moment, on n'a trouvé de tumeur appréciable et ce fait négatif, rapproché de la conservation d'un excellent appétit était de nature à faire penser qu'il s'agissait simplement de lésions ulcéreuses.

Grâce au traitement et, semble-t-il, à l'usage du lait homogénéisé, les douleurs se sont calmées et la malade a

repris du poids. De 43 kg. 800 en janvier 1909, à la fin de décembre, elle avait atteint par une progression continue, 54 kg. 500.

Cette augmentation de onze kilogs était de nature à nous rassurer sur l'affection qu'elle présentait et du reste, à l'examen radioscopique, on avait trouvé un estomac normal, peut-être légèrement ptosé. On avait constaté des contractions péristaltiques mais il n'y avait aucune espèce de déformation suspecte de l'image. Avec les réserves habituelles en cas semblable, on avait conclu à l'existence d'un ulcus. Cette malade a vu son état s'améliorer depuis, si bien que quatre ans après le moment où nous l'avons vue pour la première fois, nous pouvons affirmer qu'il ne s'agit pas de néoplasme.

Bien que les signes cliniques ne soient pas très démonstratifs et malgré l'absence de signes radiologiques d'ulcère, nous conserverons cette observation.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un malade âgé de 56 ans. Il a éprouvé des phénomènes dyspeptiques banaux à 51 ans. Trois ans plus tard, il a présenté un syndrome douloureux épigastrique tardif avec vomissements et hématomèses.

Il a maigri de 15 kilos la dernière année. L'appétit est conservé avec toutefois un peu d'anorexie pour les viandes. Deux mois après son entrée à l'hôpital, une série d'hémorragies graves avec hématomèses et méléna entraîne la mort.

A l'autopsie, on trouve un ulcère géant de la petite courbure. L'examen histologique n'a pas été pratiqué, aussi ne pourrions-nous pas retenir cette observation.

Nous voudrions signaler à propos de ce cas que cette phase prémonitoire dyspeptique, phase de début de l'ulcère d'après MATHIEU, ne précise pas la date de début de l'ulcus. Il est, en effet, très difficile dans une dyspepsie pré-ulcéreuse de dire où s'arrête la dyspepsie et où commence l'ulcère. Dans le cas présent la phase dyspeptique a duré trois ans, mais en présence de longues périodes dyspeptiques, de dix ans par exemple, le problème de l'âge de l'ulcère peut être insoluble et il est donc facile de confondre un ulcus jeune et un ulcus vieux chez un vieux.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un malade âgé de 62 ans. Dyspeptique banal depuis 58 ans, ses douleurs surviennent depuis deux ans par crises paroxystiques espacées puis deviennent constantes et le malade souffre depuis dix mois lorsqu'il est vu par MATHIEU.

Les douleurs apparaissent deux heures après les repas et sont calmées de temps en temps par des vomissements alimentaires abondants.

Il n'y a pas d'hématémèses mais il existe du dégoût pour les aliments et surtout pour la viande. L'amaigrissement est marqué.

On croit à une sténose pylorique cancéreuse, soit par cancer primitif, soit par cancer greffé sur un ulcère.

L'opération montre une sténose pylorique avec une masse indurée, irrégulière, déclarée nettement néoplasique.

Le malade a succombé à une pneumonie massive

dans les 48 heures et l'autopsie a montré, dit-on, qu'il s'agissait d'une lésion ulcéreuse typique. Malgré tous les signes pouvant faire soupçonner le néoplasme, l'examen histologique qui seul aurait pu trancher la question, n'a pas été pratiqué.

Pour cette raison encore nous ne pourrions pas retenir cette observation.

Avant de rapporter nos observations personnelles, nous emprunterons un dernier cas authentique d'ulcère jeune chez un vieux à un article publié par GUTMANN dans le *Monde Médical* du 15 février 1935.

OBSERVATION VIII. — Il s'agit d'une malade âgée de 70 ans, adressée à GUTMANN pour « cancer probable » parce qu'elle présentait depuis deux mois de violentes douleurs épigastriques survenant trois heures après chaque repas.

Or, après ces deux mois, la poussée s'était brusquement arrêtée. A l'interrogatoire, on apprenait que cette malade deux ans, cinq ans et dix ans auparavant avait souffert trois semaines à un mois et demi de la même façon. Les radiographies montrèrent sur la petite courbure une niche régulière de la taille d'une noisette, avec une biloculation en face.

Il s'agissait d'une femme habitant la campagne, difficile à soigner et GUTMANN conseilla l'opération, en posant, malgré l'âge, en raison de la netteté d'évolution, le diagnostic d'ulcère.

CHARRIER fit une résection et, sur la pièce, I. BERTRAND constata un ulcère sans aucun signe histologique de cancer.

Parmi les nombreux malades qui sont passés à la

consultation et dans le service de M. le Dr Félix RAMOND à l'hôpital Saint-Antoine depuis 1922 et à la consultation de gastro-entérologie de M. le Dr CHÊNE (service du Dr L. BAZY à l'hôpital Saint-Louis) depuis 1931, nous n'avons trouvé que 6 cas d'ulcus gastrique et un cas d'ulcus duodénal apparus après 55 ans.

Les trois autres cas d'ulcères duodénaux tardifs appartiennent à la clientèle privée de M. le Dr CHÊNE.

Les six cas d'ulcères gastriques que nous présenterons d'abord ont tous été confirmés par l'examen histologique.

Comme il est bien reconnu qu'un ulcère du bulbe duodénal n'est pas et ne devient jamais cancéreux, le contrôle histologique ne nous a pas paru indispensable pour les ulcères duodénaux. Aussi, sur les quatre ulcus duodénaux que nous rapporterons, l'examen microscopique n'a-t-il été pratiqué que dans un cas.

OBSERVATION IX. — Mme Del..., âgée de 74 ans, entre dans le service le 20 mars 1936, pour une abondante hématièmèse de sang rouge, survenue dans la nuit du 19 au 20.

Quinze jours après environ, surviennent des douleurs abdominales très violentes accompagnées de vomissements abondants. On constate alors l'existence d'une hernie étranglée et la malade est opérée aussitôt. Les suites opératoires furent normales et la malade rentra dans le service le 21 avril.

La santé a toujours été parfaite, jusqu'en février 1936. A partir du mois de février, la malade a commencé à avoir de petites douleurs épigastriques.

Celles-ci survenaient deux heures après les repas et évoluaient par périodes entrecoupées de quelques jours d'accalmie. Ces douleurs se propageaient dans le dos et dans les épaules.

La malade n'a jamais eu de vomissements avant son hématomèse, mais les crises douloureuses s'accompagnaient de constipation qui durait parfois deux ou trois jours et ne cédaient qu'aux lavements.

L'état général est excellent.

L'appétit est très bien conservé.

Il n'y a aucun point douloureux abdominal ni spontanément ni à la palpation.

Le foie et la rate sont normaux ainsi que le cœur et les poumons.

Il n'y a pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Tubage à jeun = 0.

Tubage après repas d'épreuve :

45 cc. de liquide avec débris alimentaires assez bien pulvérisés.

H = 0,73

AT = 2,26

F = 0,36

C = 1,16.

La radioscopie montre un estomac vide à jeun et se contractant énergiquement.

Il existe une belle niche située à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la portion verticale de la petite courbure avec une incisure spasmodique profonde en face sur la grande courbure.

La radiographie confirme cette image de sténose spasmodique médiogastrique avec niche de la petite courbure au même niveau.

Le Dr BRÉCHOT trouve à l'intervention un ulcère situé à la partie haute de la petite courbure et fait une gastrec-

tomie large. L'examen histologique montre un *ulcère simple*.

OBSERVATION X. — M^{me} For... C'est une malade âgée de 75 ans, qui souffre de l'estomac par périodes depuis 6 ans.

Depuis six semaines, elle présente des douleurs vives, à forme de brûlures, tardives, survenant trois heures après les repas, avec des vomissements irréguliers. Ce sont des vomissements aqueux, sans aliments.

Les douleurs sont calmées par l'ingestion d'aliments.

Il y a un léger amaigrissement et un peu d'anorexie. Le chimisme gastrique est normal.

Radioscopie le 15-9-26.

A jeun, énorme aérogastrie et aérocolie.

La baryte tombe sur le glacis de la poche supérieure. pour retomber brusquement dans le segment inférieur et s'y amasser.

Au-dessus du niveau inférieur ainsi établi, apparaît un diverticule qui semble être sur la petite courbure.

Le 30-10-26. — La malade continue à souffrir et les vomissements aqueux sont fréquents.

Radioscopie le 1-10-26.

Cinq heures après l'ingestion de la baryte, on trouve un petit résidu suspendu à la place présumée du diverticule, surmonté d'une petite poche à air. Au cours d'un remplissage lent, la bouillie opaque descendant le long de la petite courbure, pénètre d'abord dans le diverticule pour refluer ensuite dans la grande cavité de l'estomac.

La radiographie montre une belle niche.

La malade est envoyée au Dr PAUCHET à l'hôpital Saint-Michel pour le Congrès de chirurgie.

L'opération montre un ulcus de la petite courbure, perforé bouché et ayant pour fond le pancréas.

Gastrectomie.

L'examen histologique montre un *ulcère simple* sans aucun signe de dégénérescence cancéreuse.

Le 1-12-26. A part une escarre sacrée qui a retardé sa venue, la malade mange bien et ne souffre plus.

Le 9-3-27. La malade va bien et a engraisé de quatre livres.

OBSERVATION XI. — M. Dar..., âgé de 57 ans vient consulter le 23-1-32.

Depuis quatre mois, le malade se plaint de troubles digestifs.

Ce sont des douleurs épigastriques très vives, survenant régulièrement une demi-heure après les repas, non irradiées et non calmées par les alcalins.

Il y a eu deux périodes douloureuses de trois semaines séparées par une accalmie d'environ deux mois.

Il n'y a pas de vomissements ni d'hématémèses. La constipation est légère, il n'y a pas de melœna.

L'anorexie est légère, mais il n'y a pas d'amaigrissement.

Il n'y a rien d'important à signaler dans les antécédents.

A la radioscopie, on aperçoit un effacement léger de la région antrale qu'on retrouve mal à la radiographie.

Sans conclusion bien ferme, on fait une laparotomie exploratrice.

Intervention par le Dr BAZY le 9-12-32.

Sur la petite courbure, à sa partie moyenne, on trouve un ulcère entouré d'une zone indurée du volume d'une noisette.

Il n'y a pas d'infiltration des mésos ni d'engorgement ganglionnaire appréciable.

On pratique une gastrectomie et l'examen macroscopique montre la présence d'un ulcère nettement visible sur la face interne de la petite courbure à sa partie moyenne.

L'examen histologique montre un *ulcus non dégénéré*.

Les suites opératoires sont normales.

Le malade sort le 23-12-32.

OBSERVATION XII. — M. Del..., âgé de 62 ans, vient consulter parce qu'il présente depuis cinq ans des douleurs épigastriques.

Celles-ci ont débuté brusquement un après-midi et se sont reproduites pendant deux jours.

Cette période douloureuse courte s'est dissipée grâce à un régime sévère et à des pansements gastriques au bismuth.

Pendant trois ans, la tranquillité a été absolue et l'appétit était excellent.

Au bout de trois ans, nouvelle période douloureuse précédée pendant huit jours d'une salivation abondante.

Les douleurs survenaient une heure après les repas et étaient calmées par l'ingestion d'aliments.

L'appétit était conservé à cette date et le malade ne mangeait pas par crainte de souffrir. Sous l'influence d'un nouveau régime, une nouvelle période d'accalmie s'installa et dura près de deux ans jusqu'au mois de septembre 1931.

Le malade eut alors une nouvelle période à la suite de laquelle il vint consulter à l'hôpital Saint-Antoine où on lui conseilla de se faire opérer.

Intervention à l'hôpital Saint-Louis par le Dr BAZY.

Sur la petite courbure, à quelque distance du pylore on trouve une induration du volume d'une grosse cerise, due à un ulcère calleux de la petite courbure. Celui-ci est perforé et bouché par adhérence au mésocôlon transverse.

On pratique une gastrectomie large et l'examen histologique montre un *ulcus non dégénéré*.

Les suites opératoires sont normales et le malade sort le 1^{er} avril 1932.

OBSERVATION XIII. — M^{me} Mil..., âgée de 63 ans. Consulte le 24-5-33 parce qu'elle ressent depuis deux ans des douleurs épigastriques à type de brûlures ou de pesanteurs et irradiant dans le dos.

Ces douleurs surviennent une heure ou deux heures après les repas et durent deux ou trois heures.

Les périodes douloureuses étaient nettes au début et séparées par des périodes d'accalmie complète. Mais, depuis quelque temps, les périodes douloureuses deviennent plus longues et les accalmies moins complètes.

Il n'y a pas de vomissements.

La constipation est opiniâtre.

Il n'y a ni anorexie, ni amaigrissement.

Le tubage à jeun ramène 20 cc. d'un liquide jaune sans débris alimentaires.

H = 0.

Le tubage après repas d'épreuve ramène 30 cc. de liquide épais avec débris alimentaires mal pulvérisés et du sang.

H = 0

AT = 0,43

F = 0,219

C = 0,219.

A la radiographie, une image lacunaire de l'antrum prépylorique fait redouter un néoplasme.

Le 21-6-33. — Intervention par le Dr BAZY. Sur la portion juxta-pylorique de la petite courbure, empiétant un peu sur la face antérieure de l'antrum prépylorique on trouve un bourrelet cicatriciel dur dû à un ulcère. De ce bourrelet partent de petites bandelettes ressemblant à celles du gros intestin qui vont déformer le contour de la grande courbure expliquant ainsi l'image lacunaire vue sur la radiographie.

L'examen histologique montre un *ulcus non dégénéré*.

La malade meurt le 22-6-33 de collapsus cardiaque.

OBSERVATION XIV. — M^{me} Duc..., âgée de 64 ans, couturière, entre dans le service le 6-10-33.

Le début des troubles digestifs remonte à trois ans.

La malade a souffert alors de douleurs gastriques assez mal caractérisées et rapidement disparues. Elle se plaint

actuellement de douleurs épigastriques tardives, à type de brûlures, survenant surtout la nuit, réveillant la malade, accompagnées de régurgitations acides fréquentes et d'éruptions.

Les vomissements glaireux ou alimentaires sont intermittents.

La constipation est marquée depuis quelques mois, il n'y a pas de melœna.

Il y a de l'anorexie surtout pour les viandes depuis trois mois.

L'amaigrissement est considérable : quinze kilogs en trois mois.

A l'examen physique, on constate un ventre souple, présentant un peu de sensibilité à la pression profonde dans la région sus-ombilicale.

Le cœur et les poumons sont normaux.

Le foie est un peu augmenté de volume.

Les réflexes sont normaux.

Les urines sont normales.

T. A. = 10 1/2-6.

Le tubage à jeun ramène quelques centimètres cubes de liquide sans débris alimentaires.

Le tubage après repas d'épreuve ramène 80 centimètres cubes de liquide avec débris alimentaires assez bien pulvérisés.

H = 0,29

AT = 1,16

F = 0,29

C = 0,58.

La radiographie montre une sténose médiogastrique typique.

Au-dessous, il existe un aspect de cuvette de sténose avec quelques ondulations sur la grande courbure et un aspect horizontal du bord supérieur de l'antre, aspect de sténose pylorique bien différent, de celui des retentisse-

ments pyloriques signalés par DUVAL et repris récemment par Carlos DELATRE (Thèse de Paris, 1934).



Sténose double médiogastrique et pylorique
(M^{me} Duch. observation XIV)

A l'intervention, pratiquée par le D^r DARFEUILLE, la lésion pylorique paraît être à première vue un néoplasme mais les ganglions restent localisés sous et rétro-pyloriques.

Il n'y en a aucun près de la petite courbure ni dans le grand épiploon.

La lésion est assez sténosante.

A huit centimètres au-dessus, il existe une sténose cicatricielle médiogastrique assez peu serrée et au-dessus encore, une petite cicatrice de la petite courbure, vestige vraisemblable d'une ancienne lésion ulcéreuse.

On fait une résection large de l'estomac (25 cm.) emportant les trois lésions (pylorique, médiogastrique et petite cicatrice haute de la petite courbure).

L'examen histologique de l'ulcère pylorique et des ganglions n'a montré *aucun signe de dégénérescence néoplasique*.

OBSERVATION XV. — M. Lef..., notaire, âgé de 60 ans. N'a jamais souffert de l'estomac avant un mois. A été gros et bon mangeur, a mené une vie saine. Ne boit que de l'eau. Vient consulter le 13-12-35.

Depuis un mois :

ne souffre pas à jeun,

ressent quelques crampes à onze heures.

Celles-ci deviennent plus fortes à dix-sept heures.

Ne souffre pas la nuit.

Cette période douloureuse a duré trois semaines.

Il y a accalmie depuis huit jours.

L'ingestion des aliments soulage la douleur.

L'appétit est bon.

Il n'y a pas de dégoût pour certains aliments.

Il n'y a ni migraines, ni nausées, ni vomissements.

Les selles sont normales. Il n'y a pas d'amaigrissement.

Par ailleurs, le malade est nerveux, instable et mène une vie sédentaire.

Il est soigné par le Pr AUBERTIN, pour aortite avec grosse insuffisance, bien compensée.

A l'examen,

On ne trouve rien au creux épigastrique.

Il y a une vague douleur à droite.

Le foie est normal.

Au cœur, on trouve la lésion déjà citée.

T. A. = 20-7.

L'orthodiagramme montre un cœur étalé.

Les poumons sont normaux.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

Les radiographies en série (Dr J. KIMPEL) montrent un estomac hypertonique, hyperkinétique, s'évacuant très rapidement.

Sur le bulbe duodénal, on aperçoit une image de niche typique sur la corne supérieure de la base de ce segment.

Le malade est mis au traitement médical.

Revu le 7-5-36, il va très bien et ne souffre pas.

Le poids est stationnaire.

Un mois plus tard, l'état du malade est toujours très satisfaisant.

OBSERVATION XVI. — Mme Gou..., âgée de 58 ans.

Début il y a trois ans, par des douleurs épigastriques en barre, survenant cinq à six heures après les repas, avec irradiation vers l'épaule et la pointe de l'omoplate droits.

Parfois cette douleur s'accompagne de syncope. Ces douleurs survenaient au début par périodes interrompues par des périodes d'accalmie complète. Aujourd'hui les douleurs sont devenues continues.

Elles sont calmées par l'ingestion d'aliments.

L'amaigrissement est peu marqué.

Il n'y a pas d'anorexie.

Depuis dix jours, les selles sont diarrhéiques, noires, couleur de suie, nettement melœniques.

Il existe des pituites matutinales.

Il n'y a pas de vomissements.

Le régime est bien suivi par le malade.

A l'examen du creux épigastrique, on note un point douloureux net à droite de la ligne médiane à la palpation.

Il n'y a pas de clapotage.

La radiographie montre un estomac hypertonique, hyperkinétique et s'évacuant immédiatement.

Il existe une déformation du sommet du bulbe duodénal avec image de niche nette.

Intervention par le Dr BAZY qui pratique une gastrectomie pour ulcus du duodénum.

L'examen histologique montre un *ulcère simple*.

Les suites opératoires sont normales. La malade sort le 16 juin 1933.

OBSERVATION XVII. — M. Fou..., âgé de 70 ans.

Vieillard très vigoureux et très actif, menant une vie régulière de petit rentier.

Aucune maladie antérieure sauf crises de rhumatisme articulaire aigu peu ou pas traitées.

Ne fume pas, ne boit pas.

A un appétit régulier, sans excès alimentaires.

Il prend soin de sa santé et est visité régulièrement par son médecin tous les trois mois depuis 1931.

A une vieille cardiopathie aortique, bien compensée, d'origine rhumatismale probablement (BW négatif, a eu deux crises de rhumatisme articulaire aigu entre 18 et 20 ans).

Aucun passé gastrique, n'a jamais souffert de l'estomac avant la fin de novembre 1935, époque à laquelle il a commencé à maigrir, à diminuer progressivement son alimentation parce qu'il ressent des crampes douloureuses de plus en plus violentes au niveau de la région épigastrique.

Ces douleurs surviennent environ quatre heures après les repas, d'abord après le repas de midi, puis après celui du soir, le malade étant tiré de son sommeil vers minuit par des crises douloureuses.

Ces crises douloureuses surviennent d'abord tous les deux ou trois jours, puis deviennent plus fréquentes.

Il n'y a pas de vomissements ni de mœœna.

Le 3 décembre 1935, le malade est mis à un régime alimentaire sévère et au traitement suivant :

Teinture de belladone et pansements gastriques.

Il s'ensuit une disparition complète des crises douloureuses épigastriques.

Le 20 décembre, le malade abandonne son traitement et reprend une alimentation normale.

Dans la nuit du 24 décembre, après un petit réveillon, le malade est pris d'une violente crise douloureuse épigastrique avec hœmatémèse abondante (deux cuvettes d'un liquide couleur de suie dans lequel nagent des débris alimentaires).

Son médecin qui ne l'avait pas vu depuis le 15 décembre est appelé et est frappé par sa pâleur intense et son amaigrissement prononcé.

Les crises douloureuses épigastriques sont à irradiation postérieure transfixiante avec point douloureux persistant entre les crises à la pointe de l'omoplate gauche.

Mis à un régime très sévère avec reprise du traitement médical, il se produit une amélioration notable pendant huit jours mais, à partir du 3 janvier 1936, trois ou quatre heures après l'absorption de n'importe quel aliment (bouillies légères, bouillon de légumes), les douleurs épigastriques réapparaissent très violentes, non calmées par l'absorption d'alcalins et s'atténuent spontanément au bout de deux heures.

Il n'y a pas de vomissements.

Il existe des mœœna typiques.

Les 8, 9, 10 janvier, les crises douloureuses nocturnes sont calmées par des vomissements noirâtres, relativement peu abondants.

Il existe toujours du mœœna.

L'urée sanguine est à 0,57 p. 1000.

Les crises douloureuses et les vomissements ne sont pas calmés par les injections de sulfate d'atropine.

L'anémie et l'amaigrissement sont de plus en plus prononcés.

On pratique des injections d'hépatrol et d'anthéma.

Le 13 janvier 1936, devant son médecin, le malade a un vomissement très abondant d'un liquide noirâtre.

Le 14 janvier, le Dr CHÊNE, appelé en consultation, pose le diagnostic d'ulcus juxtapylorique probable à marche ultra-rapide. Le diagnostic de cancer est écarté en raison de la rapidité d'évolution des accidents et de l'absence absolue de passé gastrique. Un examen radiographique d'urgence est demandé et, en raison de l'état alarmant du malade, une intervention chirurgicale est envisagée.

Le 14 janvier, le malade a une syncope au moment de partir à l'examen radiographique qui ne peut être pratiqué en raison de sa faiblesse.

On administre des toni-cardiaques, du sérum glucosé.

Le 17 au matin, hématemèse très abondante de sang noirâtre. L'anémie est très prononcée. Il y a toujours du mœlœna.

Une intervention est décidée après transfusion préalable et administration de toni-cardiaques et de sérum glucosé.

Le 18 janvier 1936, intervention pratiquée par le Dr LECŒUR. Anesthésie locale, puis générale. Intervention mouvementée avec syncope, ayant nécessité une injection intra-veineuse d'adrénaline et une transfusion d'urgence pendant l'opération.

On trouve un ulcère de la face antérieure du bulbe duodénal sur le point de se perforer.

On pratique une gastro-entérostomie.

Les suites opératoires sont normales et le malade sort de la clinique dans un état très satisfaisant le 8 février 1936.

OBSERVATION XVIII. — M. Lau..., photographe, âgé de 70 ans. C'est un malade déjà soigné dans le service de M. le Dr BENSAUDE.

Le Dr AIMÉ a fait le diagnostic de cholécystite avec périoduodénite.

Début par douleurs sous-costales droites, il y a dix ans, sans crises nettes de colique hépatique.

Le malade a eu, il y a deux ans, des crises de douleurs tardives, apparaissant toujours la nuit, vers une heure du matin.

Très intenses, s'accompagnant d'irradiation dorsale et en ceinture, ces douleurs n'apparaissaient jamais dans la journée.

Les douleurs actuelles, calmées par les alcalins sont moins intenses, mais toujours irradiées.

L'appétit est bon, il n'existe pas d'état nauséux, même à jeun.

Le 27-5-33, des radiographies gastro-duodénales montrent un ulcère duodénal et un gros calcul vésiculaire solitaire.

On ne trouve pas de point duodénal.

Le foie est normal.

Le malade est traité par des pansements gastriques.

Il est revu le 18-8-33.

Il a été bien jusqu'au 3 juillet, puis il a ressenti quelques malaises.

Le 14 juillet, il a eu une crise diarrhéique qui a duré trois ou quatre jours.

L'amaigrissement était de quatre kilogs.

Le malade avait des douleurs épigastriques et des renvois.

Actuellement, il n'ose pas manger et se plaint de brûlures tardives qui le réveillent la nuit et de vomissements glaireux acides ou alimentaires.

A l'examen, on note un point douloureux diffus de la région épigastrique.

La radiographie montre une sténose pylorique complète.

Le malade est opéré le 21 août 1933 par le D^r JUBÉ.

On trouve un ulcère avec grosse réaction d'induration de la paroi du premier duodénum.

Un gros calcul est senti dans la vésicule.

On libère incomplètement des adhérences de l'épiploon à une ancienne cicatrice de hernie inguinale droite.

On pratique une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique.

Revu le 5-12-33, il va très bien et pèse 65 kilogs.

A l'heure actuelle, trois ans après l'opération, le malade va toujours très bien et suit par intermittences le traitement médical.

DISCUSSION DE NOS OBSERVATIONS

Le manque de contrôle des observations rapportées par les auteurs classiques et l'imprécision de la date de début de l'ulcère nous ont empêché de retenir un grand nombre de celles-ci.

Nos recherches personnelles ne nous ont permis de réunir qu'une dizaine de cas authentiques d'ulcères gastro-duodénaux jeunes chez des vieux. Pour ces deux raisons nous croyons que l'ulcère tardif est rare ou tout au moins beaucoup moins fréquent que ne le croyaient les anciens auteurs.

Il serait d'ailleurs souhaitable que des investigations statistiques sérieuses soient faites ultérieurement sur cette question.

D'autre part, le tableau clinique de l'ulcère tardif nous semble banal et peu différent de celui de la forme de l'adulte.

Les signes fonctionnels, évolutifs et physiques sont les mêmes dans les deux formes.

L'état général, sauf dans les formes compliquées, nous paraît peu ou pas touché, contrairement aux opinions émises par les auteurs classiques.

Le-syndrome ulcéreux gastro-duodéal est carac-

térisé essentiellement par des périodes douloureuses correspondant à des poussées évolutives locales de congestion œdémateuse et d'infection

Les *caractères qualitatifs* de ces douleurs épigastriques sont assez variables. Il s'agit de brûlures, de crampes, de torsions, de pesanteurs ou de douleurs transfixiantes. Ces douleurs, de plus ou moins grande intensité, sont plus ou moins calmées par les aliments et les alcalins. Chez tous nos malades nous avons retrouvé ces caractères classiques. Il s'agissait le plus souvent de brûlures et de crampes. Mais beaucoup plus importants que les caractères des douleurs sont leur horaire et leur rythme évolutif.

Les douleurs ulcéreuses, rythmées par les repas, ont un *horaire semi-tardif ou tardif*. Les douleurs semi-tardives apparaissent entre une demi-heure et une heure et demi après les repas. Les douleurs tardives apparaissent entre deux et cinq heures après les repas. Il existe aussi une douleur le matin à jeun, véritable faim douloureuse, à laquelle on attribue une certaine valeur pour le diagnostic de l'ulcère duodénal. L'horaire est enfin toujours à peu près le même chez le même malade.

Ainsi que l'a souligné BRONSTEIN dans sa thèse, il est difficile, avec le seul horaire de la douleur, de préciser la localisation gastrique haute sur la petite courbure ou pylorique ou franchement bulbaire de l'ulcère.

Nous avons retrouvé chez tous nos ulcéreux cet horaire nettement post-prandial de la douleur. Sur les

six ulcères gastriques que nous rapportons, un siège à la partie haute de la petite courbure, deux à la partie moyenne de celle-ci et les trois autres occupent la portion juxta-pylorique de la petite courbure.

Dans l'ulcère haut situé sur la petite courbure nous avons trouvé des douleurs tardives. Pour les deux ulcères de la partie moyenne de la petite courbure nous avons noté des douleurs tardives dans un cas et des douleurs semi-tardives dans l'autre.

Dans les trois ulcères, juxta-pyloriques, il s'agissait, dans les deux premiers cas, de douleurs semi-tardives et dans le dernier cas de douleurs tardives réveillant le malade la nuit.

Les quatre malades porteurs d'ulcères duodénaux, avaient tous des douleurs tardives, apparaissant quatre à cinq heures après les repas.

Chez les deux premiers malades, les douleurs apparaissaient dans la journée.

Chez le troisième malade, elles apparaissaient dans la journée et dans la nuit et étaient provoquées peu de temps avant l'intervention par l'absorption de n'importe quel aliment. Les douleurs nocturnes étaient particulièrement violentes et réveillaient le malade.

Enfin, dans la quatrième observation d'ulcus duodéal, les douleurs n'apparaissaient jamais dans la journée, mais toujours la nuit, vers une heure du matin.

Nous n'avons pas trouvé dans nos observations la douleur le matin à jeun.

Mais les caractères les plus typiques de la douleur et son horaire le plus fixe par rapport aux repas perdraient beaucoup de leur valeur pour le diagnostic s'ils n'étaient pas accompagnés de *l'évolution cyclique* caractéristique essentielle de l'ulcère gastro-duodénal.

Le malade souffre en effet par périodes.

Celles-ci débutent brusquement sans qu'on puisse souvent incriminer une faute de régime ou de traitement.

Le malade souffre alors quelques heures après les repas, chaque jour aux mêmes heures et pendant à peu près le même temps.

Il souffre tous les jours, sans aucun jour de « manque », contrairement à ce qu'on voit dans les dyspepsies.

L'appétit est conservé ou même augmenté, le malade est un peu anémié, mais il maigrit peu et reprend du poids dès qu'il ne souffre plus.

La durée de ces périodes douloureuses, à peu près égale chez le même malade, est de dix jours à un mois et demi environ.

Ces périodes douloureuses durent rarement plus de deux mois, mais peuvent être parfois très courtes et durer deux ou trois jours ou même un seul jour, comme nous l'avons déjà vu.

La fin de la période douloureuse, survient aussi brusquement que le début, toujours indépendamment du régime et du traitement suivis et alors commence une période de calme.

Ces périodes de sédation intercalaires ont aussi des caractères nets.

Elles sont longues, peuvent durer plusieurs mois et même plusieurs années.

Elles sont complètes, le malade ne souffre plus et souvent se croit guéri.

Cliniquement, c'est sur cette évolution composée de périodes douloureuses brèves alternées avec des périodes de pseudo-guérison longues qu'on doit faire le diagnostic.

Dans toutes nos observations nous avons retrouvé plus ou moins nettement cette évolution périodique.

Très nette par exemple dans l'observation XII, elle l'était moins dans l'observation XVIII où les périodes douloureuses de l'ulcère duodénal étaient intriquées avec les périodes douloureuses d'origine vésiculaire.

L'observation XVII était très intéressante et a fait l'objet d'une publication récente du Dr JACQUELIN. Il s'agissait d'un ulcère cataclysmique, à évolution ultra-rapide. Un mois et demi à peine s'est écoulé entre le début et l'intervention d'urgence qui a montré un ulcère de la face antérieure du bulbe duodénal sur le point de se perforer. Les douleurs étaient très intenses et étaient accompagnées d'hématémèses abondantes, et de melœna qui entraînèrent rapidement un état d'anémie aiguë. Les périodes douloureuses se succédaient très rapidement et étaient entrecoupées de courtes accalmies, la première de quinze jours et la seconde de cinq jours.

Les autres signes fonctionnels n'ont rien non plus de particulier et ressemblent à ceux de l'ulcère de l'adulte.

Dans l'ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, les *vomissements* sont très inconstants. Alimentaires ou muqueux et filants ils apparaissent au moment des crises douloureuses qu'ils peuvent terminer. Ils peuvent survenir aussi à des heures variées et leur horaire capricieux contraste avec la régularité qu'ils présentent dans les ulcus juxta-orificiels.

Dans l'ulcus juxta-pylorique, au contraire, les vomissements sont fréquents. Acides et parfois alimentaires, ils apparaissent à l'acmé de la douleur qu'ils soulagent et sont pour cette raison souvent provoqués par le malade lui-même.

Ils ne sont pas exceptionnels dans l'ulcère duodéno-pylorique, où ils sont rarement alimentaires mais le plus souvent aqueux et acides.

Dans l'ulcus duodéal vrai, les vomissements sont rares et acides.

Le malade, porteur d'un ulcère de la partie haute de la petite courbure gastrique, souffrait de l'estomac depuis deux mois et n'avait pas eu de vomissements dus à son ulcère jusqu'au moment où une hématomérose abondante l'obligea à entrer à l'hôpital.

Dans les deux cas d'ulcères de la partie moyenne de la petite courbure nous avons trouvé des vomissements aqueux dans l'un mais il n'y avait pas de vomissements dans l'autre.

Sur trois cas d'ulcères juxta-pyloriques, les deux

premiers malades n'avaient pas de vomissements. Il s'agissait dans le dernier cas d'une sténose double médiogastrique et pylorique avec vomissements alimentaires et glaireux intermittents.

Les quatre cas d'ulcères duodénaux que nous rapportons sont des ulcères bulbaires francs.

Dans les deux premiers cas, il n'y avait pas de vomissements.

Dans le troisième, il y avait des hématomèses abondantes et répétées. Dans le quatrième, l'ulcère n'a pas provoqué de vomissements pendant deux ans, mais au cours des deux derniers mois, il s'est produit une sténose pylorique complète avec vomissements glaireux ou alimentaires fréquents et abondants.

Classiquement, chez l'adulte, les hémorragies, hématomèses et melœna, sont assez fréquentes dans l'ulcère de la petite courbure et plus rares dans l'ulcère juxta-pylorique.

Dans l'ulcère duodéno-pylorique et dans l'ulcère duodénal vrai, on peut aussi trouver des hématomèses et du sang dans les selles sous forme de melœna et d'hémorragies occultes.

Dans le premier de nos ulcères gastriques, la malade avait eu quelques heures avant son entrée à l'hôpital une abondante hématomèse non suivie de melœna.

Dans les cinq autres ulcères gastriques, il n'y avait ni hématomèse, ni melœna.

Sur les quatre observations d'ulcus duodénaux

vrais, nous n'avons pas trouvé d'hémorragies dans la première et dans la quatrième.

Dans la deuxième observation, il n'y avait pas d'hématémèses, mais la malade avait lors du premier examen, des selles nettement melœniques depuis dix jours.

Dans la troisième observation, il s'agissait d'un ulcère à évolution aiguë avec hématémèses répétées et abondantes et melœna presque continu...

Les auteurs classiques insistent sur l'atteinte profonde de l'état général dans l'ulcère tardif.

D'après eux, la pâleur est intense, l'amaigrissement prononcé et rapide, l'anorexie élective ou totale semblable à celle des cancéreux très fréquente et le malade évolue assez rapidement vers la dénutrition et la cachexie.

Nous n'avons pas trouvé chez nos malades une accentuation semblable des signes généraux...

Dans les ulcères simples, *l'état général nous semble peu ou pas touché*. Il ne semble l'être vraiment que dans les formes compliquées.

Dans quatre de nos observations d'ulcus gastriques, les malades ne présentaient ni pâleur, ni amaigrissement, ni anorexie.

Dans notre deuxième observation, l'amaigrissement et l'anorexie étaient légers, mais la malade souffrait depuis six ans.

Dans la dernière observation, les signes généraux étaient intenses, mais ils n'existaient que depuis trois mois et leur apparition avait coïncidé avec

l'établissement d'une sténose double médiogastrique et pylorique.

Il en était de même pour les ulcères duodénaux. Le premier malade ne présentait aucune atteinte de son état général.

Le second n'avait qu'un amaigrissement léger.

Le troisième était atteint d'une forme compliquée d'hémorragies très abondantes et à évolution ultrarapide.

Le quatrième a très bien supporté son ulcère pendant deux ans au cours desquels il a conservé un bon état général qui ne s'est altéré qu'au moment de l'établissement d'une sténose pylorique complète.

Les *signes physiques* nous ont semblé également banaux.

Dans nos six ulcères gastriques, nous avons trouvé, à la palpation, pendant les périodes douloureuses, un point épigastrique banal qui était le plus souvent absent pendant les périodes de calme.

Quant aux ulcus duodénaux, nous avons trouvé dans les deux premiers pendant les périodes douloureuses et dans l'intervalle de celles-ci un point douloureux sous-costal, à droite de la ligne médiane.

Le troisième malade avait constamment un point douloureux sous-costal droit et un point douloureux à la pointe de l'omoplate gauche.

L'examen montrait chez le quatrième malade un point douloureux diffus de toute la région épigastrique.

Nous n'insisterons pas sur les *signes radiologiques*

de l'ulcus tardif qui ne nous semblent rien avoir de spécial à cette forme d'ulcère.

Dans les deux premiers cas d'ulcus de la petite courbure, la radiographie a montré deux estomacs bioculaires présentant chacun une niche régulière sur la petite courbure légèrement rétractée et une incisure spasmodique constante en face sur la grande courbure.

Dans le troisième cas, la radiographie n'a pas révélé l'ulcus qui n'a été découvert qu'à l'intervention.

En ce qui concerne les trois ulcus juxta-pyloriques, nous n'avons pas vu les radiographies du premier malade.

Dans le second cas, il s'agissait d'une image pseudo-lacunaire de l'antra prépylorique due à des brides irradiant de l'ulcère juxta-pylorique de la petite courbure vers la grande courbure.

Dans le troisième cas, nous avons trouvé une image typique de sténose pylorique et médiogastrique.

Dans la première et dans la deuxième observations d'ulcus duodénaux, la radiographie a montré deux niches typiques et un syndrome de Barclay net avec hypertonicité, hyperkinésie et évacuation accélérée de l'estomac.

L'examen radiographique n'a pas pu être pratiqué chez le malade porteur de l'ulcus duodéal à évolution aiguë.

Dans le quatrième cas d'ulcus duodéal, la radiographie a montré une image nette d'ulcus bulbaire

qui a entraîné au bout de deux ans, une sténose pylorique complète. La radiographie a montré en même temps un gros calcul vésiculaire solitaire.

L'examen du chimisme gastrique n'a été pratiqué que dans quatre de nos observations.

Exagéré dans l'observation IX, il était normal dans l'observation X.

Il y avait de l'anachlorhydrie dans l'observation XIII.

L'acidité gastrique était un peu diminuée dans l'observation XIV.

CONCLUSIONS

1^o Il est important de conserver la discrimination classique de Mathieu entre :

l'ulcère jeune chez les vieux et

l'ulcère vieux chez les vieux.

Seul l'ulcère jeune chez les vieux est *a priori* susceptible de présenter un intérêt étiologique et pratique.

2^o L'étude critique, à la lumière des conceptions modernes de l'ulcus gastro-duodénal, doit faire éliminer un assez grand nombre des observations publiées.

3^o Les recherches cliniques que nous avons faites ne nous ont permis de retrouver qu'un petit nombre de cas authentiques (six ulcères de la petite courbure gastrique, quatre ulcères duodénaux).

Le contrôle histologique ne nous a pas paru indispensable pour les ulcères duodénaux, car il est bien reconnu qu'un ulcus bulbaire n'est pas et ne devient jamais cancéreux.

4° Les signes fonctionnels, évolutifs et physiques ne nous ont pas paru différents de ceux présentés par la forme de l'adulte.

5° L'atteinte de l'état général soulignée par les auteurs classiques n'est retrouvée vraiment que dans les formes compliquées qui ne sont pas plus fréquentes que dans l'ulcère de l'adulte.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY

VU : *Le Président de Thèse,*
CARNOT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BRONSTEIN. — Réflexions sur la clinique de 100 cas d'ulcus gastro-duodénaux. Thèse de Paris, 1934.
- CADE et BRETTE. — Ulcères calleux de l'estomac chez le vieillard, gastrotragies mortelles. *Lyon médical*, CXXIX, 1920, n° 6, 25 mars, p. 265.
- CARLOS DELATTRE. — Réflexions sur les troubles de l'évacuation gastrique dans l'ulcère de la petite courbure. Thèse de Paris, 1934.
- CARNOT (P.), HARVIER (P.) et MATHIEU (P.). — Les ulcères digestifs (Baillière, édit.).
- DEVÉ (F.). — 3 cas d'ulcères simples de l'estomac chez le vieillard, *Normandie médicale*, XXXI, 1920, n° 11, 1^{er} août, p. 226.
- DUBOIS (P.). — Contribution à l'étude de l'ulcère calleux de l'estomac chez les gens âgés et de ses formes hémorragiques. Thèse de Lyon, 1949, 20, n° 338, in-8.
- GUTMANN (R.-A.). — Syndromes douloureux de la région épigastrique (2 vol., Doin, Paris, 1934).
- GUTMANN (R.-A.). — Le problème de l'ulcéro-cancer dans la pratique. *Le monde médical*, 15 février, 1935, p. 95.
- HAYEM (G.) et LION (G.). — Maladies de l'estomac, vol. 16 du traité de méd. et de thérapeutique (Baillière, Paris, 1913).
- JACQUELIN (Ch.). — Intolérance gastrique sans sténose du pylore et sténoses du pylore sans vomissements. *Gazette médicale de France*, n° 5, 1^{er} mars 1930.
- JACQUELIN (Ch.) et CHENE (P.). — Difficultés et incertitude du diagnostic d'ulcère duodénal *Presse médicale*, 18 mars 1933.
- LOEPER. — Leçons de pathologie digestive (Masson, éditeur, 1926).

- MATHIEU (A.). — L'ulcus chez les gens âgés. *Gazette des Hôpitaux*, mars 1914.
- PAUCHET et LUQUET-HIRCHBERG. — Ulcères de l'estomac et du duodénum (Doin, éditeur, 1929).
- PATHAULT. — Contribution à l'étude de l'ulcère de Cruveilhier, son évolution chez les gens âgés. Thèse de Paris, 1907.
- RISPAL et TIMBAL. — L'ulcère de l'estomac tardif. *Toulouse médical*, 10 août 1913, p. 229.
- RAMOND (Félix). — Les maladies de l'estomac et du duodénum (Masson, éditeur, 1927).
- RAMOND (Félix) et JACQUELIN. — Radiologie de l'estomac et du duodénum (Maloine, éditeur, 1930).
- SAVY (P.). — Considérations pratiques sur le diagnostic de l'ulcère de l'estomac (*Le journal de médecine de Lyon*, n° 35, 20 juin 1921).
- VANIER (J.). — Le cancer de l'estomac chez les malades opérés d'ulcère gastrique par gastro-entérostomie ou résection limitée. Thèse de Paris, 1932.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 7-8-1936.

